Opłata pocztowa uiszczana ryczałtem.

№ 8. *Warszawa, Sierpień 1928 r.* *Rok XXIV.*

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Czego mamy żądać?

Niejednokrotnie na tych łamach opisywaliśmy gehennę sytuacji naszego zawodu wśród której widnieje tylko jeden jasny znak. Na imię mu ustawa felczerska. Ustawa ta zakreśla granice czynności felczerskich. I skoro opadły zakusy znowelizowania tej ustawy, zakusy, oparte na mylnych przesłankach, iż my jesteśmy główną przyczyną zubożenia stanu lekarskiego, z tą chwilą zdawałoby się nastąpiła era spokojnego wykonywania przez felczerów swego zawodu.

Pomyliliśmy się. Nastąpiło tylko przegrupowanie sił i zmiana odcinków, na których następuje okrążanie naszego zawodu.

Wiadomo jest powszechnie wszystkim, iż byt felczera opiera się na dwóch podstawach. Jedną podstawą jest służba felczera w zakładzie leczniczym (prywatnym, państwowym, czy samorządowym). Z tego tytułu jesteśmy pracownikami najemnymi, podobnymi do wielu innych zawodów świata pracy. Maleńka istnieje różnica. Oto inne zawody otrzymują za swoją pracę najemną takie wynagrodzenie, że mogą koniec z końcem związać. My zaś otrzymujemy uposażenie w takiej wysokości, iż musimy szukać drugiej podstawy swej egzystencji.

Tą drugą podstawą egzystencji felczera jest wolne wykonywanie przezeń czynności felczerskich za opłatą jednostkową. Należy bowiem pamiętać, iż t. zw. praktyka felczerska w Polsce nie jest głównem źródłem egzystencji felczera, ale dodatkowem uprawnieniem z powodu marnych uposażeń w zakładach leczniczych.

I dlatego felczerzy walcząc o swoją egzystencję muszą pamiętać o tych podstawowych składnikach swej egzystencji: prawa do pracy w zakładach leczniczych i prawa do wykonywania pewnych, określonych czynności lekarskich w społeczeństwie.

Zamach na prawo wykonywania czynności felczerskich stanowiła sławna nowela przed dwoma laty. Miała ona uzależnić kompetencję felczera od

władz administracyjnych. Nowela nakładała na nas obowiązki, lecz nie dawała uprawnień. Wreszcie wskutek wielu okoliczności zniknęła z warsztatu ustawodawczego Departamentu Zdrowia.

Dziś widzimy dążenie usunięcia nam pierwszej i zasadniczej naszej podstawy egzystencji, mianowicie do usunięcia nas ze służby w placówkach leczniczych: ze szpitali, kas chorych, lecznic, ambulatorjów. To jest droga łatwiejsza. Przy wydaniu noweli broniło nas całe społeczeństwo. Cel z którym walczyliśmy, był jasny. Teraz odbywa się walka podjazdowa, tem trudniejsza dla nas, w pojedynkę, pracujących felczerów.

Usuwają nas więc z posad szpitalnych. Asumpt do tego dają najprzeróżniejsze nowe ustawy: o zakładach leczniczych, o więziennictwie. Już dawniej pominięci zostaliśmy w ustawie o Kasach Chorych.

Argumenty ustawodawców piszących ustawy, eliminujące zawód felczerski z pośród pomocniczego personelu lekarskiego pozornie są słuszne. Ale tylko pozornie.

Jednym z argumentów jest przejściowość zawodu felczerskiego, ustawy zaś pisze się dla przyszłych pokoleń. Aczkolwiek przyznajemy, iż droga ustawodawcza w Polsce jest i żmudna, to jednak nie bardzo się nam chce wierzyć, by ustawy były pisane więcej niż dla jednego pokolenia. I dlatego ustawy winny normować rzeczywistość, a nie przyszłość.

Pozatem obłuda wieje z tych słów. Rzekomo felczerzy winni ustąpić przed wyższą koniecznością życia. Przed koniecznością ustępujemy, lecz nie uważamy za stosowne ustępować przed potrzebami techniki ustawodawczej Jesteśmy, egzystujemy, żądamy więc prawnego uregulowania naszych egzystencyj.

Obłuda leży w tem, że tłomacząc nam o konieczności ustąpienia ustawodawcy zapominają o swym obowiązku względem nas; nie wskazują nam również do wyjścia z sytuacji. I drogę tę sami musimy wynaleźć.

Droga ta jest bardzo prosta. Główne źródło niedomagań naszych i niedomagań wśród pomocniczego personelu lekarskiego jest brak ustawy, o której dotychczas nie pomyślał Departament Zdrowia. Jest nią ustawa o pomocniczym personelu lekarskim.

W tej ustawie przedewszystkiem pragniemy, by wyliczone zostały poszczególne zawody pomocniczego personelu lekarskiego w zakładach leczniczych, a więc: felczerzy, pielęgniarze, sanitarjusze i by wyliczone w niej zostały kompetencje poszczególnych zawodów. Aby nie było tak jak dziś, że sanitarjusz pełni obowiązki felczera, posługacz zastępuje sanitarjusza, a felczer posługacza, lub też staje się zgoła zbyteczny. Jest to z krzywdą dla naszego zawodu. Dzieje się to z krzywdą dla całego cierpiącego społeczeństwa.

Żądajmy więc ustawy o kompetencjach pomocniczego personelu lekarskiego w zakładach leczniczych.

A od kolegów żądamy wypowiedzenia się na powyższy temat.

Czy kiła jest wyleczalna.

W № 17 Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego wydawanego pod redakcją Zygmunta Srebrnego ukazał się artykuł oryginalny lekarza szpitali paryskich P. Chevallier na temat: czy kiła jest uleczalna. Odsyłając kolegów do zaznajomienia się z całkowitą treścią tego, tak ciekawego artykułu pozwalamy sobie zamieścić wyjątek z powyższego artykułu, mianowicie końcowy rozdział p. t. leczenie syfilityków.

„Dzieli się ono na dwa okresy.

Pierwszy okres, zwany często wyjaławiającym, ma doprowadzić chorego do stanu jaknajbardziej bliskiego wyleczenia t. j. albo do całkowitego wyleczenia, które bądź co bądź, jest całkiem jeszcze problematyczne, albo do pewnego stanu symbiozy krętków z narządami, w której liczba zarazków i ich żywotność jest zredukowana do minimum. Jestto leczenie klasyczne, trwające 4—5 lat.

W toku tego leczenia, a tembardziej po jego ukończeniu niezbędny jest szereg prób z jednej strony krwi, z drugiej płynu mózgowo-rdzeniowego. Każde odchylenie od normy wymaga kontynuowania leczenia energicznego.

Okres drugi, który nazwiemy utrwalającym, następuje dopiero po kilku latach bezwzględnego stanu utajenia choroby.

Chory powinien wtedy pozostawać stale pod działaniem środków przeciwkiłowych, ażeby się zakażenie nie obudziło. Ja uważam go za bardzo ważny. Autorzy często odrzucają ten okres. Podług mnie zabezpiecza on przyszłość zarówno u osobnika, jak i rasy. Za najlepszy środek uważam wtedy rtęć: podawanie doustne może być dobre, jeżeli chorzy stosują je wytrwale, w praktyce najlepszym środkiem jest zastrzykiwanie ol. cinereum, zazwyczaj znoszone dobrze, mało kosztowne, nieprzykre dla chorego i nieszkodliwe, o ile jest robione umiejętnie. W pracy nad rytmem leczenia przeciwkiłowego—wykazałem, że za pomocą tego środka można otrzymać leczenie ciągłe, tylko pozornie przerywane. Zastrzykiwanie należy wykonywać raz na tydzień, jedna serja powinna być dostatecznie oddalona od drugiej, pomimo to jednak nagromadzenie leku sprowadza merkurjalizację stałą. Siarka i jod zapobiegają merkurjalizacji nadmiernej.

Sformułowane przezemnie poglądy są usilnie zwalczane. Przyjaciele oskarżają mnie o pesymizm; zarzucają mi, że zniechęcam chorych. Co do mnie nigdy nie widziałem zniechęcenia. Gdy chory dochodzi do tego okresu, w którym lekarze częstokroć mówią mu że jest zdrów, powiadam do niego: „Może pan jest wyleczony, pewności co do tego nie

mam. Czy pan zamierza być ostrożny, czy lekkomyślny? Lekkomyślność może się skończyć dobrze, polega ona na tem, żeby nic nie robić. Ostrożność nakazuje zabezpieczyć się przed chorobą, tak, jak się ubezpiecza od ognia, aczkolwiek nikt nie zamierza podpalać swego domu. Prawdopodobieństwo klęski może być minimalne, ale stawka ubezpieczeniowa jest niewielka. Bądź co bądź—zawsze lepiej się ubezpieczyć".

W ten sposób skłaniam do leczenia się pewną liczbę pacjentów, którzy mi są wdzięczni za spokój moralny, jaki im to daje.

O ile z biegiem czasu przekonam się, że błądzę, przyznam się do tego z całą szczerością. W obecnym stanie naszej wiedzy obrany przezemnie sposób postępowania uważam za swój obowiązek".

DR. MED. K. SZOKALSKI.

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

BÓLE W KOŃCZYNACH.

(Dokończenie)

Mięśnie ulegają zanikowi. Roentgenologja rozróżnia trzy rodzaje zmian w arthritis deformans; 1) postać kostno-stawową zanikową; 2) destrukcyjną kostną; 3) przerostową kostną prowadzącą do unieruchomień.

Reumatyzm stawowy zniekształcający może być jedno lub wielostawowy. Odróżnienie reumatyznu jedno-stawowego od procesu syfilistycznego i artropatji tabetycznej jest trudne ze względu na bardzo duże podobieństwo tak pod względem makroskopowem jak i mikroskopowym pomiędzy pewnemi formami arthritis deformans i artropatjani tabeitycznemi. Opublikowane ostatnio obserwacje reumatyzmu chronicznego zniekształcającego pochodzenia kiłowego czynię kwestję tą jeszcze zawilszą. Należy podkreślić, że pierwszym propagatorem poglądu co do związku tych schorzeń był Chełmoński.

Ułożenie ręki jest tak charakterystyczne, że nie można zmieszać go z deformacjami przy pachy-meningitis hypertrophica, gdzie można też obserwować rękę ze zgiętemi palcami oraz „rękę kaznodziei", lecz zmiany te są zależne tylko od zaniku nie w jednakowym stopniu występującego rożnorodnych grup mięśni. W zaniku mięśniowym postepującym pochodzenia myelopatycznego notowano czasem uszkodzenia stawowe palców z zachowaniem całości chrząstek, brakiem rozrostu kosttego. Ręka przy osteopatji na tle procesów w drogach oddechowych (osteopathie pneumigue Marie) jest ręką zdeformowaną; palce mają wygląd pałeczek do bębna, paluch podobny jest do serca dzwonu, do dzioba papugi, paznogcie są zgięte jak szkiełko w zegarku. Przykurczenia w hemiplegji spastycznej dają się łatwo odróżnić klinicznie i roentgenologicznie. W paralysis agitans deformacje są nadewszystko pochodzenia mięśniowego, palce są rozgięte; prześwietlenie jest tu środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu.

Dna daje zgrubienia, guzowatości; jej neoprodukcje nie są wyłącznie ograniczone stawami w kończynach, nie wykazuje nieruchomości zgrubień kości reumatycznych; ich forma, konsystencje, umiejscowienie, stan skóry na miejscu zniekształceń pozwalaja bez trudności odróżnić je.

Bardzo podobnym do polyarthritis deformans jest rheumatismus senilis deformans opisany przez p. Marie i A. Leri u osobników w wieku podeszłym. Mamy tu obrzmienie

części grzbietowej stawów śródręczno - palcowych palca wskazującego i środkowego oraz palucha wraz z zniekształceniem stawowym; symetrja zmian stawowych jest tu mniej wyrażoną oraz mniejszy jest niedowład mięśni.

W rheumatismus chronicus fibrosus kliniczne rozpoznanie opieramy na braku trzeszczenia i deformacji główek kostnych stawowych, przynajmiej w ich części kostnej. Roentgenologicznie stwierdzamy zachowanie formy zakończeń kostnych, zachowanie linji jasnej chrząstek stawowych. Proces ten powoduje napadowe bóle, bardzo intensywne; okołostawowe; obserwować można też obrzmienie ciastowate i rozwijające się zesztywnienia stawowe.

Reumatyzm chroniczny zwykły pierwotny najczęściej spotyka się u ludzi pracujących ciężko fizycznie na roli, ogrodników etc. Umiejscawia się głównie na kończynach, wytwarzając guzowatości okołostawowe i dość wybitne zaburzenia ruchowe. Bóle nie są tu zbyt intensywne; przykurczenia są znacznie słabiej wyrażone niż w polyarthritis deformans. W razie zajęcia chrząstek (arthro-synovitis) występuje trzeszczenie więcej lub mniej wybitne, brak natomiast istotnej dyslokacji stawowej' Ta forma reumatyzmu chronicznego spotyka się bardzo często i daje miejsce objawom bólowym; ewolucja następuje napadami zależnie od wpływów meteorologicznych.

Do postaci zlokalizowanych pierwotnego reumatyzmu chronicznego należy t. zw. spondylose rhyzomelique (p. Marie) i osteo-arthritis chronica łopatki i nadewszystko biodra.

Spondyloze rhyzomelique spotyka się najczęściej u mężczyzn pomiędzy 30 a 40 rokiem życia i zaczyna się od okresu bólów w kończynach dolnych i w przestrzeni krzyżowo-ogonowej, bólów napadowych i wystąpienia prawie nagłego zesztywnienia, tak, że po pewnym czasie kręgosłup tworzy jakby blok jednolity. W okolicy lędźwiowej znika lordoza normalna, by wytworzyć segment płaski; w pasie szyjno-grzbietowym powstaje skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi postępujące (kyphosis progressiva), głowa i szyja kierują się ku przodowi. W początku choroby, gdy tworzy się zesztywnienie, objawy bólowe są bardzo wybitne; najmniejsze poruszenie powoduje wystąpienie napadów bólów grzbietu, szyi etc., czasem bólów międzyżebrowych i nerwu kulszowego.

Chroniczne zapalenie stawu biodrowego rozwija się niepostrzeżenie w ciągu kilku lat w wieku dojrzałym; w początku występuje lekka trudność przy chodzeniu (wchodzeniu lub schodzeniu ze schodów), sztywność przejściowa, uczucie zmęczenia w mięśniach udowych; ból na poziomie stawu biodrowego występuje bardzo rzadko w połączeniu z obrzmieniem stawu. Po 2—3 latach obserwować można wybitny zanik mięśni miedniczno-krętarzowych (m. pelvitrochanterici), zanik pośladka rozciągający się aż do ud ze zmniejszeniem ruchów, zwłaszcza abdukcji. Ruchy bierne są jeszcze możliwe, mało bolesne, lecz ruchy samorodne są więcej ograniczone, zwłaszcza zginanie i rozginanie, z powodu zaniku mięśniowego; bezwład czynnościowy jest bardzo wybitny. W niektórych przypadkach obserwowane bywają żywe bóle promieniujące wzdłuż uda, utrwalające się nawet w kolanie. Proces, który w początku bywa jednostronnym, przechodzi na drugą kończynę i osobnik chory po pewnym czasie może być zupełnie unieruchomionym. Przy prześwietleniu panewka stawu biodrowego wydaje się powiększoną i otoczoną wykwitami narośli kostnych, główka biodra spłaszcza się.

W periarthritis coxae występuje obrzmienie ciastowate torebek maziowych; roentgenografja nie wykazuje deformacji kostnych.

Osteo-arthritis scapulae wywołuje dokuczliwe bóle, wzmagające się przy ruchach, promieniujące do kończyn górnych. Proces ten, powodujący zanik mięśnia naramiennego (m. deltoideus), może istnieć jako schorzenie pierwotne lub być następstwem infekcji chronicznej; częstym podłożem jest gruźlica.

Periarthritis scapulo-humeralis cechuje się przedewszystkiem zajęciem tkanek okołostawowych i torebek maziowych. Bóle bywają napadowe, promieniujące w kierunku n. medianus. Zanik mięsni postępuje szybko; czasem bywa krepitacja bolesna zależna od zrostów tkanek okołostawowych; ręka jest w pozycji zwieszonej nieco zwrócona na zewnątrz, łopatka opadnięta. Roentgenogram wykazuje brak zmian kostnych. Diathesis rheumatica może być podłożem procesów reumatycznych. Z czynników prowokujących wymienić należy chłód połączony z wilgocią, intoksykację chroniczną, dziedziczność, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, wątroby, kamicę żółciową, zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych (reumatyzm tarczycowy, objaw anafilaktyczny autorów nowych, urikemja nabyta).

Rheumatismus diathesicus simplex wywołuje zmiany powierzchowne, przebieg łagodny; jest to arthro-synovitis sicca, występujący w 30—40 roku życia u osobników przekarmionych, oddających się nadużyciom wszelkiego rodzaju, o siedzącym trybie życia. Procas zaczyna się od małych bólów bez objawów ostrych z towarzyszeniem trzeszczenia stawów. Zaburzeniom ulegają najczęściej stawy duże; dochodzi tu do rzekomego zesztywnienia i nieznacznych deformacji.

W reumatyzmie Heberden'a występują małe guzki wielkości grochu najczęsciej na powierzchni grzbietowej członków palców, na poziomie stawów członków palców i ostatniego członka palca. Proces rozwija się zwykle na podkładzie dziedzicznym u astmatyków, u miewających ataki migreny, neuralgje; koincyduje czasem z dną. Jest to choroba starców, zwykle niebolesna, nigdy nie dająca zesztywnień.

Retractio aponeurosis palmaris cechuje się nieznacznem stwardnieniem podskórnem na powierzchni dłoniowej pierwszego członka palców. Induracje te są bolesne przy ucisku, przylegają do skóry, która marszczy się. Wkrótce powstaje wskutek rozmnażania się induracji istny różaniec.

Zbliżone do rheumatismus diathesicus są reumatyzmy zależne od zaburzeń przemiany materji, uwarunkowanych zaburzeniami koordynacji gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: arthritis ovarica, thyreoidea.

Arthritis thyreoidea występują przy objawach niedomogi gruczołu tarczowego. Reumatyzm rozwija się tu zwykle w formie przewlekłej z deformacjami kostnemi, jak przy krzywicy, trzeszczeniem stawów, napadami zapalnemi; czasem tylko występuje reumatyzm kończyn z umiejscowioną artropatją chroniczną. Arthritis ovarica często koincyduje z laktacją i menopauzą.

Reumatyzm chroniczny jako skutek ostrego reumatyzmu stawowego bywa u osobników młodych; mamy tu zaburzenia odżywcze, deformacje b. wyraźne, przypominające polyarthritis deformans. Po okresie ostrym reumatyzmu ostrego stan ogólny poprawia się, gorączka zmniejsza się, lecz małe stawy rąk i nóg pozostają obrzmiałe i wybitnie bolesne. W krótkim czasie powstają skurcze mięśni okołostawowych i zesztywnienia. Jednak pomimo znacznych objawów stawowych po 1—2 latach może nastąpić wyleczenie; pozostaje tylko pewna sztywność. W tych wypadkach najczęściej pozostałością procesu są zmiany w zastawkach półksiężycowych, rzadziej mitralnych.

W przebiegu procesów ropnych różnorodnego pochodzenia mogą powstawać napady reumatyczne podostre, następnie chroniczne.

Do procesów tych zaliczyć należy gronkowcowy (furunculosis, acne etc.), paciorkowcowy (szkarlatyna, róża), tyfusowy (dur brzuszny i dury rzekome). Mamy tu całą gamę od zwykłych artralgji aż do procesów ropnych w stawach, obrzęków stawowych i pseudo-ropowicy. Po ustąpieniu objawów ostrych często pozostają bóle, bezwład czynnościowy z zanikami mięśniowemi. Zesztywnienia włókniste i kostne należą do rzadkości.

Reumatyzm rzeżączkowy jest jedną z komplikacji stosunkowo częstych infekcji gonokokowej; powstaje we wszystkich okresach rzeżączki, lecz nadewszystko w okresie ostrym.

Najczęstszym umiejscowieniem jest kolano, następnie idą podbicia stopy, palce, biodra, napięstki, łokcie, łopatki, staw mostkowo-obojczykowy, kręgosłup (spondylosis).

W okresie ostrym bóle są bardzo dokuczliwe, połączone z bardzo wysoką ciepłotą. Najczęściej rozwija się arthritis plastica z udziałem wszystkich pochewek ściegnistych sąsiadujących ze stawem. Obrzęk z wyglądu przypomina tumor albus przy gruźlicy. Proces zajmuje zwykle jeden staw, przeważnie duży i rozwija się powoli; bywają nawroty po 10 — 15 dniach, a nawet po upływie miesiąca staw chory sztywnieje; zrosty włókniste tworzące się często pozostają na zawsze; wytwarza się zesztywnienie stawu, zwłaszcza stawów małych. Procesom tym towarzyszą zaniki mięśniowe okołostawowe, rozwijające się i uwydatniające się wybitnie.

Odmiana chroniczna arthritis deformans gonococcica zaczyna się zwykle od ostrego procesu napadowego w jednym lub kilku palcach, następnie palce ulegają zniekształceniu, mięśnie w sąsiedztwie zanikają i występują zniekształcenia zbliżone do zmian przy dnie i reumatyzmie chronicznym. Forma ta ma przebieg postępujący; pogorszenie następuje przy każdem nowem zakażeniu rzeżączkowem. Do reumatyzmów hronicznych gronkowcowych zaliczaną jest spondylosis rhizomelica, której patogeneza podług niektórych autorów związana jest z rzeżączką.

W procesach rzeżączkowych występuje rozrzedzenie kości oraz tendencja do tworzenia się narośli kostnych.

Z form rzeżączki umiejscowionych w ścięgnach i pochewkach stawowych, t. zw. synovites o ewolucji plastycznej najwięcej charakterystyczną jest talalgja, której towarzyszy nie tylko synovitis ścięgna Achillesa, lecz też nacieczenie podściółki włóknistej kości piętowej,

Arthritis luetica występuje rzadko w drugim okresie kiły, przeważnie w trzecim (objawy nerwowe i trzewiowe).

W okresie drugorzędnym bóle są więcej żywe w nocy, słabną lub znikają przy ruchach; zajętych bywa wiele stawów, skóra w okolicy stawów jest napięta, forma obrzękowa niebolesna, nie zapalna, zwykle dwustronna; nawroty są częste. Kuracja swoista wyjaśnia rozpoznanie.

W okresie trzeciorzędnym bywa synovitis gummosa, postać rzadka z kilakami w tkance sąsiedniej i wysiękiem surowiczem w tkance maziowej oraz pseudo tumor albus (odmiana kostno-chrząstkowa(, występująca w 8 — 20 lat po wrzodzie twardym; ten ostatni proces umiejscawia się głównie w kolanie ($^3/_5$ wypadków), lecz może zająć wszystkie stawy łącznie z kręgosłupem (mal de Pott luetica); występują tu bóle przeważnie nocne, powiększenie objętości nasady i trzonu kości, wysięk nadający kolanu normę kulistą; błona maziowa jest usiana tworami kosmkowatemi.

W kile dziedzicznej można też obserwować pseudo tumor-albus pomiędzy 8 a 14 rokiem życia, zajmujący zwykle obydwa kolana, często bezbolesny. Osteopatje zniekształcające występują w okresie późniejszym z hyperostozą i tendencją do ankylozy.

Arthritis tuberculosa (tumor albus), reumatyzm gruźliczy opisany przez szkołę jonską (Poncet i Leriche) występuje tylko w gruźlicy włóknistej przewlekłej. Cechuje ję powstawaniem narośli grzybowatych, tendencją do procesów ropnych, więcej lub mniej wyrażonem zniszczeniem wszystkich tkanek stawowych, co doprowadza do utraty funkcji.

Stosunkowo częstym siedliskiem gruźlicy stawowej jest staw biodrowy (coxalgia) kolano, łokieć, łopatka. Proces może obejmować wszystkie stawy, lecz najwięcej umiejscawia się w małych stawach ręki i stopy. Naskutek zaniku główek kostnych, rozciągnięcia torebek i zmian w aparacie więzadłowym następuję pewien stopień zwichnięcia stawowego. Przy lekkiem uruchomieniu stawu słyszy się tarcie i trzaskanie wskutek zaniku chrząstek i warstw powierzchownych kości. Staw deformuje się, przybiera pozycję wadliwą, w początku procesu łatwą do poprawienia, później nie dającą się naprawić wskutek retrakcji ścięgien i więzadeł. Początek czasem nagły naskutek uderzenia, wykręcenia stawu. Prawie zawsze występują bóle o różncrodnem nasileniu, łagodniejące lub uspakajające się przy odpoczynku, umiejscowione często w punkcie oddalonym od ogniska gruźliczego (bóle w kolanie przy gruźlicy stawu biodrowego). Po za temi bólami samoistnemi występuje bolesność przy ucisku, zwłaszcza w określonych punktach bólowych, nasadzie (w zakończeniach kości).

Chory doznaje trudności w ruchach; skurcze mięśniowe zmniejszają rozpięcie ruchów.. W okresie późniejszym bóle dokuczają stale, ruchy stają się bardzo utrudnione, czasem dochodzi do unieruchomienia stawu, wadliwego ułożenia członków w obrębie procesu, obrzmienia miejscowego; staw przybiera formę kulistą ze zniesieniem wklęśnieć normalnych; czasem występuje chełbotanie rzekome, zanik mięśniowy często już w początku procesu, obrzmienie gruczołów lymfatycznych zwłaszcza u dzieci. Do powikłań należy ropień zimny, przetoki, subluksacje patologiczne.

Leczony we właściwym czasie proces kończy się ankylozą włóknistą (część ruchów zachowana) lub kostną (nieruchomość zupełna); mogą powstawać nawroty. W niektórych wypadkach ropienie przedłuża trwanie choroby i może być groźnym zwiastunem bądź infekcji ogólnej bądź zwyrodnienia skrobiowatego organów wewnętrznych; wreszcie, jeżeli gruźlica ropna otworzy się, powstaje jedna lub wiele przetok i wówczas należy obawiać się infekcji mieszanej.

Zapalenie błony maziowej chroniczne pochodzenia gruźliczego (synovitis chronica tuberculosa) następuje po procesach ostrych lub podostrych. Stosownie do ilości płynu wysiękowego procesy te dzieli się na synovitis chronica serosa i arthritis chronica fibrosa sicca. Bóle dokuczliwe występują tu jako zwiastuny obostrzenia procesu.

Obraz roentgenologiczny w reumatyźmie stawowym gruźliczym odpowiada zmianom anatomicznym.

W polyarthritis deformans rheumatica stwierdza się na kliszy roentgenologicznej deformacje. polegające na rozszerzeniach nasady, zależnych od wzdęcia tkanki gąbczastej z przedwczesnym zanikiem chrząstek; w arthritis deformans tuberculosa w początku procesu w główkach członków palców występują wysepki białawe izolowane powstające na tle rozrzedzenia nieregularnego tkanki kostnej spowodowanego nacieczeniem gruźliczem; wskutek zlania się następnie wysepek rozrzedzenie rozszerza się, wytwarzają się ubytki, chrząstki stawowe nie utrzymują się; zapadają się, występuje deformacja główek.

Dla uzupełnienia opisu procesów reumatycznych należy wspomnieć o reumatyzmach chronicznych, powstających na tle infekcji korzeni zębów (małe torbiele widzialne roentgenologicznie), krypt migdałów, ognisk infekcyjnych w fałdach śluzówki kiszek cienkich, w pęcherzykach nasiennych.

Parę słów o Związku.

Wszyscy związkowcy doceniają znaczenie dla całego zawodu istnienia Związku. Jego czujność w sprawach ogólno-zawodowych, żywe reagowanie na wszelkie próby usunięcia nas poza nawias życia społecznego jest wszystkim znana i niepotrzeba dłużej o niej się rozpisywać.

Główne prace Związku posiadają charakter profilaktyczny. Zadaniem Zarządu Głównego jest spostrzec w porę grożące niebezpieczeństwo, wskazać na nie, znaleźć odpowiednie środki do zapobieżenia i wreszcie usunąć. Każdy przyzna, iż tak pojęta praca na polu obrony zawodowej jest niezmiernie doniosła.

Niestety praca ta, o charakterze zapobiegawczym, posiada wadę. Jest niewidoczna. Trzeba człowieka o dużym horyzoncie, dobrze rozumiejącego swój interes zawodowy, by rozumiał doniosłość takiej obrony, by cenił przez to tę organizację, która rozwija swoją działalność nietylko post factum, ale uprzedza grożące niebezpieczeństwo.

Takich ludzi, którzy tę pracę rozumieją jest niezmiernie mało. Na usprawiedliwienie pozostałych można rzec, iż nasi koledzy są zbyt pochłonięci pracą zawodową, interesują się więc związkiem tylko wtedy jeśli spotka ich jakieś nieszczęście i zmuszeni są wtedy korzystać z pomocy związku.

Tu tkwi sedno naszej bolączki organizacyjnej. Członkowie związku, albo ogół kolegów niezrzeszonych w Związku doceniają potrzebę Związku tylko wtedy, jeśli ich coś boli. Na porządku dziennym mamy fakty, że członek zalega w Oddziale przez parę lat wpłaceniu składek i dopiero, gdy żąda interwencji Związku to płaci całe zaległości. Drugi wypadek, iż kolega wcale nie należy do Związku i dopiero w razie potrzeby, gdy chodzi o pomoc, prosi o przyjęcie go do Związku. Ale zdarzają się również takie wypadki, że koledzy nie należący do Związku, żądają pomocy i dziwią się, gdy im tłomaczymy, że Związek udziela pomocy tylko członkom.

Piszemy o tem wszystkiem otwarcie. Związek nasz jest na tyle silny organizacyjnie, iż możemy sobie pozwolić na szczere, publiczne omawianie bolączek naszego życia zawodowego. I dlatego zauważamy, iż taki stosunek kolegòw do Związku jest dowodem, braku uświadomienia społecznego, i co więcej, braku zrozumienia własnego interesu.

Związek utrzymuje się wyłącznie ze składek. Aby aparat Związku sprawnie funkcjonował niezbędnem jest regularne wpłacanie składek członkowskich. Regularne bowiem wpłacanie składek nietylko pozwoli na skuteczną zapobiegawczą obronę interesów zawodowych, ale również pozwoli na skuteczną interwencję, czy pomoc indywidualną, to jest tego rodzaju obronę, którą najbardziej koledzy doceniają.

Pragniemy, by koledzy rozważyli niniejsze słowa i po rozwadze zastosowali się do nich. Pragniemy, by koledzy należący do Związku i wypełniający względem niego swe zobowiązania zechcieli wpłynąć na opieszałych kolegów, nienależących do Związku, bądź należących, a nie wypełniających swych zobowiązań, by zechcieli rozważyć sobie niniejsze słowa. Później gdy zajdzie potrzeba pomocy Związku jest zapòżno: nie-

ładnie jest wtedy zapisywać się na członka. Związek nie jest przecież sklepikiem, w którym można wszystko dostać za pewną cenę.

Przeczytajcie więc koledzy niniejszy artykuł nie-członkom Związku.

Na pierwszy plan, jak to już wyżej powiedzieliśmy, wybija się akcja zapobiegawcza. Klasycznym dowodem udziału naszego w tej akcji, i właśnie dowodem takiego pojmowania roli Związku, jest obrona naszego zawodu przed ograniczeniami, które miała wprowadzić nowela.

Czy zdajemy sobie sprawę wszyscy, jak by dziś zawód felczerski funkcjonował, gdyby nowela stała się rzeczywistością?

Referaty z czasopism.

(Przedruk z Warsz. Czas. Lek.)

SWIFT i KITCHCOCK. **Bóle sercowe w przebiegu gorączki gośćcowej.** (Journ. Am. Med. Ass. 1928 № 9).

Zespół objawów bólu sercowego i tkliwości okolicy serca występuje dość często w przebiegu gorączki gośćcowej. Częstość tego objawu jest do pewnego stopnia równoległa do natężenia zakażenia gośćcowego. Podczas drugiego i następnych napadów gośćca częstość objawów sercowych jest większa, aniżeli podczas pierwszego napadu. Około $^2/_3$ chorych z objawami bólu sercowego wykazywało także inne objawy zajęcia serca — u reszty takie objawy występowały później. U chorych z objawami bólu serca znajdujemy znacznie większy odsetek schorzeń zastawkowych, aniżeli to ma miejsce w innych przypadkach gośćca.

W razie wystąpienia bólów w okolicy serca w przebiegu gośćca stawowego należy myśleć zawczasu o środkach ochronnych i zapobiegawczych.

B. G.

GRIBNER i BROUN. **Cukier we krwi w chorobach serca.** (Wracz. Gaz. Nr. 5 1928 r.).

1. W pewnej liczbie przypadków organicznych schorzeń serca autorzy stwierdzili zwiększoną ilość cukru we krwi, wziętej naczczo.

2. Częściej notowano mniejsze ilości cukru we krwi w schorzeniach serca z obrzękami i powiększoną wątrobą.

3. W niektórych przypadkach po ustąpieniu obrzęków i zmniejszeniu wątroby ilość cukru we krwi wracała do normy.

Sz. T.

N. PENDE. **Wątroba i Tarczyca Nadczynność wątroby w chorobie Basedowa.** (Endokrinologie. T.I.Z. 3. 1928).

Bliższe stosunki fizjologiczno-czynnościowe między tarczycą a wątrobą zwracały na siebie uwagę klinicystów i endokrynologów. Oddawna zwłaszcza zajmował się niemi Leopold Lévi

Pende na wielu chorych z Basedowem i hypertyreozą dowodzi

istnienia hyperhepatyzmu czyli patologicznej nadczynności wątroby. Przypuszcza też wobec wielkiej analogji między innerwacją tarczycy a wątroby, że łącznikiem jest tu układ roślinny, opierając się głównie na badaniach Ashera i Cannona nad nerwami wydzielniczemi tarczycy i Stefaniego nad działaniem n. błędnego na czynność glikogeno-utrwalającą komórek wątrobowych. Jak n. błędny działa na te ostatnie w roli nerwu gromadzącego cukier gronowy (glikogeneza) zaś n. współczulny w roli n. wyładowującego go (glikomobilizacja), tak działa n. współczulny na komórkę tarczycy, jako wyładowujący czyli spławiajacy hormon jej do krwioniegu, zaś n. błędny jako nerw odżywczy, dbający o wytwarzanie i gromadzenie wydzieliny.

Klinika i eksperyment będą tu miały ostatni i decydujący głos.

H. Higier.

SURANYI i FORDO. **O obecności we krwi paciorkowców, zwłaszcza w gośćcu wielostawowym.** (Klin. Woch. 1928 r. Nr. 10.)

Wielokrotnie już podnoszono sprawę występowania paciorkowców we krwi oraz w płynie stawowym w gośćcowem zapaleniu stawów. Ponieważ niezawsze udaje się wykryć te drobnoustroje, przeto ich rola chorobotwórcza wydawała się wątpliwą — przynajmniej niektórym badaczom. Przyczyny tak częstych ujemnych wyników badania bakterjologicznego należy szukać w błędach samej techniki badania.

Autorowie posiłkowali się metodą pierwszego z nich, która w zasadzie polega na zmieszaniu pobranej jałowo krwi z rozczynem cytrynianu sodu, dalej na niezwłocznem odwirowaniu osocza i dokonaniu posiewów z osadu, składającego się z krwinek czerwonych i ewent. drobnoustrojów. S. i F. zbadali kilkadziesiąt przypadków gośćca stawowego oraz różnych zakażeń ogólnych. Jako pierwszy konkretny rezultat swych poszukiwań, podkreślają autorowie duży, bo wynoszący 68 procent wyników dodatnich, otrzymanych w gośćcu stawowym już przy pierwszem badaniu. Wyhodowany paciorkowiec należał wyłącznie do typu pac. zieleniejącego, a nie do typu paciorkowca hemolizującego.

Należy przypuścić, że badanie bakterjologiczne, wykonane w warunkach lepszych t. j. po uprzedniem zatrzyknięciu adrealiny lub siarki, dałoby jeszcze większy procent dodatnich wyników. Nasuwa to też pytanie, czy obecność we krwi paciorkowca zieleniejącego świadczy faktycznie o istniejącem zakażeniu ogólnem, czy czasem przy pobieraniu krwi, a zatem przekłuwaniu skóry nie dostaje się do probówki paciorkowiec, wegetujący na skórze. Przypuszczenie to odrzucają jednak stanowczo Morawitz i Bogendörfer na zasadzie dokładnych spostrzeżeń klinicznych.

Z. Świder.

P. COURMONT i H. GARDERE **O właściwościach bakterjobójczych surowicy gruźlików w sto-**

sunku do prątków Kocha. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 33—1927).

Autorzy badali i obliczali ilościowo zdolność bakterjobójczą surowicy krwi ludzi chorych na gruźlicę i gruźliczego płynu wysiękowego z jam opłucnowych. Okazuje się, że oba te płyny posiadają w stosunku do prątków Kocha wyraźne własności bakterjobójcze, przejawiające się w hamowaniu rozwoju hodowli prątków, przyczem potrzebne stężenie surowicy lub płynu wysiękowego różniło się dość znacznie w poszczególnych przypadkach. Badania porównawcze zdolności bakterjobójcze surowicy konia, zwierzęcia tak mało wrażliwego na gruźlicę, wykazało, że normalna surowica końska posiada odpowiednią zdolność bakterjobójczą w stopniu znacznie większym niż surowica gruźlików.

J. Typograf

— F. Mars z powodzeniem używa w leczeniu **upławów u kobiet chloraminy,** wzgl. **gineKloryny** do przepłukiwań, za **sirargelu** (przetworu srebra) do zasypywania pochwy.

(W. Kl. Woch. 1928. Nr. 13).

— Gehrt stosował w ciągu 9 miesięcy u 100 dzieci **Vigantol** z doskonałym wynikiem w **Krzywicy** oraz **zapobiegawczo,** szczególnie u bliźniąt i przedwcześnie urodzonych. Ważne jest dostateczne dawkowanie, które zimą oraz w zakażeniach powinno być zwiększone (około 20 kropel dziennie). U dzieci przedwcześnie urodzonych należy rozpocząć stosowanie vigantolu już w 2 miesiącu życia. Dobre wyniki otrzymywano także u dzieci nierachitycznych — w zapaleniu płuc i innych zakażeniach. Działania szkodliwego nigdy nie spostrzegano.

Do m. Woch 1928. Nr. 23.

H. ROHLEDER, **Praktyczne leczenie samogwałtu**. (D. M. W. 1928. Nr. 5).

Przyczyny samogwałtu dzielą się na 1) wewnątrzustrojowe (choroby skóry, choroby wewnętrzne, nadmiernie albo zbyt wcześnie rozbudzony popęd płciowy) i 2) zewnątrzustrojowe (nieodpowiednie wychowanie w domu i w szkole, nieprawidłowe odżywianie, warunki społeczne, niemoc, wstrzemięźliwość płciowa i inne). Podług Deslandesa uprawianie samogwałtu jest możliwe od dzieciństwa aż do wieku sędziwego (wdowy, wdowcy, stare panny). Daleko częściej używają samogwałt dzieci i młodzież w okresie dojrzewania płciowego, kiedy przepełnienie ustroju hormonami pcha do „czynności płciowych". Stwierdzając brak nieomylnych cech uprawianego samogwałtu, wymienia autor szereg objawów prawdopodobnych: neurastenja płciowa, brak energji duchowej, roztargnienie, osłabienie pamięci, niechęć do poważnej i wytrwałej pracy umysłowej u osobników o usposobieniu melancholijno-hipochondrycznem, nieenergicznym, ospałych, bojażliwych, skarżących się na zaburzenia w trawieniu, w krążeniu, na migotanie przed oczami, na mroczek.

Do objektywnych objawów prawdopodobnych zalicza autor nieuzasadnione upośledzenie psychiczne osłabienie odruchu mosznowego, popękanie napletka, uszkodzenie szromu i błony dziewiczej.

W celu zwalczania samogwałtu, zaleca Rohleder w pierwszym rzędzie zapobieganie, polegające na obserwacji każdego dziecka, oraz na racjonalnem wychowaniu.

Leczenie ogólne uzależnia autor od wieku chorych. U chłopców od 15 r. życia zaleca autor wpływ na psychikę, polegający na podkreśleniu upośledzenia zdolności umysłowych i osłabienia pamięci wskutek uprawianego samogwałtu; u młodych dziewcząt od 15 r. życia wykorzystuje autor ich próżność i grozi zgubnym wpływem samogwałtu na urodę kobiecą.

Młode dzieci od 5 — 10 r. życia radzi Rohleder karać łagodnemi karami cielesnemi, u całkiem młodych dzieci — krępowanie rączek i nóżek.

Pozatem we wszystkich wymienionych przypadkach od 17 r. życia— zimne obmywanie tułowia i narządów płciowych, kąpiele morskie, pływanie. Przeciwskazane jest leczenie narządów płciowych elektrycznością.

W przypadkach „nadmiernej" pobudliwości płciowej należy stosować brom i jego pochodne, kozłek lekarski, odolinę, weronal, luminal i wyciągi z szyszynki w postaci Epiglandolu w zastrzykiwaniach podskórnych co 2—3 dni albo Epitotalu 2—3 razy dziennie i po 1 tabletce.

Największe trudności napotyka leczenie samogwałtu u starszych osobników, unikających stosunku pozamałżeńskiego ze względów etycznych, religijnych, bądź z obawy zarażenia się. Doradzanie stosunku pozamałżeńskiego naraża pacjentów na chorobę weneryczną, pacjentki — prócz tego — na ciążę. Zalecanie zawarcia związku małżeńskiego nie rozstrzyga sprawy: dużo żonatych uprawia samogwałt, wielu onanistów—wolnych — myśli o małżeństwie.

Wstrzemięźliwość — bezcelowa, ponieważ normalny pociąg do zadowolenia płciowego nie może być stłumiony przemocą.

W ten sposób staje Rohleder wobec zagadnienia nierozstrzygniętego, wymieniając tylko to, czego nie należy zalecać w leczeniu samogwałtu u dorosłych.

Berland

Wiechowski uważa **Kofeinę** i **teofilinę** za najskuteczniejsze środki **zapaści sercowej.** W razie ustania bicia serca należy środki te zastrzyknąć dosercowo. Zdaniem W., zastrzykiwania dosercowe stanowią zabieg zupełnie niewinny i są zbyt rzadko stosowane.

(W. Kl. W. 1928. Nr. 14).

— Ohnsorge i Fischer otrzymali wybitną poprawę w **stwardnieniu rozsianem (sclerosis multitiplex)** za pomocą wstrzykiwań dożylnych **elektrokollargolu.** Kuracja musi być od czasu do czasu powtarzana.

(D. m. W. 1928. № 23).

KUPICA. **Przypadek choroby Addissona z dodatnim odczynem Wassermanna.** (Wracz. Gaz. Na. 3 1928 r.).

Na podstawie dodatniego odczynu Wassermanna autor rozpoznawał chorobę Adissona o etjologji kiłowej. Anatomopatologiczne i histologiczne badanie nie wykazało śladów przebytego zakażenia kiłowego; stwierdzono rozpadową gruźlicę nadnerczy.

* * *

Burwinkel miał dobre wyniki leczenia **pokrzywki przewlekłej** za pomocą **ubogiej w sól djety wegetarjańskiej** w połączeniu z dużemi dawkami **dwuwęglanu sodu**. Jeszcze lepsze wyniki daje jednoczesny upust krwi 300—400 cm^3 krwi. Swędzenie zwalcza B. wcieraniem następującej mieszanki: **Acid· Salicyl 3.0 Spir Menthol 150.0. Glycerin 30.0.**

(D. m. W. 1928. Nr. 17).

— Według W. Richtera leczenie **Kiły** we wszystkich jej przypadkach za pomocą wywoływania **gorączki** stanowi wielki postęp w zwalczaniu tej choroby. Wskazanie do leczenia malarją nie powinno ograniczać się do późnych powikłań nerwowych, lecz należy je rozciągnąć i na okresy wczesne, gdyż napad gorączkowy sprzyja lepiej przepuszczalności naczyń, opon i t. d. dla środków leczniczych, które w ten sposób łatwiej dostają się do ognisk, dotychczas niedostępnych dla tych leków. Na zastosowanie malarji już we wczesnym okresie kiły nie tak łatwo jednak się zdobyć, jest to bowiem, bądź co bądź, zarazek nieobojętny. Posiadamy atoli środek niewinny, który bez żadnego ryzyka może być użyty w każdym okresie kiły. Jest nim **Dephagin (Natrium nucleinicum** fabr. Boehringer). Stosując ten środek, możemy dowolnie zmieniać dawkę i dowolnie przedłużać okres gorączkowy. Samo przez się rozumie się, że nie sam środek gorączkowy, lecz w kombinacji ze zwykłemi lekami przeciwkiłowemi dać może wyniki dodatnie.

(D. m. W. 1928. Nr. 6 i 7).

Obrazek jakich wiele.

W osadzie Niedolanów, odległej od najbliższego miasteczka o 14 klm., a do miasta powiatowego o 35 klm. pracuje felczer. Felczer ten pracuje w tej osadzie już lat kilkanaście, oddalony od wszelkich kulturalnych rozrywek. Cieszy się natomiast wielkiem poważaniem miejscowej ludności Lekarz znajduje się w mieście powiatowem, mającem już połączenie kolejowe ze stolicą.

Nadmienić należy, iż komunikacja z osadą Niedolanów do najbliższego miasteczka, oraz do miasta powiatowego odbywa się końmi.

Na felczera żadnych skarg nie było. Czynności swoje wykonywał w zakresie wymaganym przez prawo. Nieraz udzielał pomocy leczniczej bezpłatnie. W większych wypadkach odsyłał do lekarza.

Jak to nieraz się zdarza, ludnośc

miejscowa bywa w interesach różnych w miasteczku lub mieście powiatowem. Tembardziej w mieście powiatowem, w którem urzęduje p. starosta weterynarz, znajduje się rejent i inne urzędy, potrzebne tak bardzo chłopu w jego doczesnej wędrówce.

Za jednym zamachem udaje się również chłop do pana doktora po poradę, bo go tam kole, a pan felczer mówił, iż z tem trzeba iść do lekarza. Doktór starannie bada pacjenta, interesuje się historją choroby, szczególnie zaś wypytuje się o tamtejszego felczera, co on przy chorym robił, jakie zabiegi wykonywał. Interesuje to lekarza ze względu na ograniczony zakres czynności.

I dowiaduje się lekarz od prawdomównego chłopa, iż felczer chłopu przed sześcioma miesiącami otworzył ropień. Nic w tem zdrożnego chłop nie widział. Felczer bowiem spełnił czynność, przewidzianą małą chirurgją.

Z ujawnieniem takiego faktu szybko lekarz kończy poradę. Już wie wszystko. Stawia djagnozę. Udziela wskazówek. Pisze receptę. Chodziło mu bowiem tylko o przyłapanie na czemś „niebłagonadiożnem" felczera praktykującego o 35 klm. od pana lekarza.

Lekarz pisze zaraz natychmiast do lekarza powiatowego skargę. Ten skargę skierowuje do sądu okręgowego. Prokurator wszczyna śledztwo Zakłada się akty. Woła świadków. Akta rosną. Już jest ich kilkanaście stronic bitego pisma.

Po zebraniu całokształtu materjału dowodowego, przesłuchaniu obwinionego felczera sąd wydaje decyzję o... umorzeniu sprawy, gdyż w postępowaniu felczera nie stwierdził czynu przestępczego.

Felczer jest uradowany, że z tak ciężkiej opresji udało mu się wywinąć.

Aliści nie koniec martyrologji felczera. Wprawdzie sprawa została umorzona, ale od czego władza administracyjna i ustawa lekarska.

Lekarz powiatowy, nie bacząc na umorzenie sprawy przez sąd, swoją władzą nakłada na felczera karę administracyjną w wysokości zł. 500, za przekroczenie ustawy lekarskiej t. j. nielegalne wykonywanie praktyki lekarskiej.

Znowu felczer staje na nogi i pisze rekursy do wyższych władz,

że *felczer nie podlega ustawie lekarskiej,*

że, *wobec tego, nie może być karany administracyjnie,*

że *felczer w myśl swojej ustawy podlega w razie jej przekroczenia tylko sądom,*

że, *nie może być sprawa raz osądzona, ponownie rozpatrywana.*

Ale rezultat bywa różny. Województwo rekursy rozpatruje. Sąd zwykle zatwierdza decyzje województwa. Od decyzji sądu w tej mierze nie ma już odwołania.

* * *

Oto kartka z życia felczera na prowincji.

* * *

Prosimy Kolegów w imię własnego interesu oraz w imię interesów całego zawodu felczerskiego o energiczną obronę, gdyż każdy taki fakt stwarza dla władz precedensy dla nas bardzo niebezpieczne.

RUCH ZWIĄZKOWY.

Komunikat główniejszych prac Zarządu Głównego Centr. Związku Felcz. od 14.IV do 12.VII r. b.

1. Kol. Wachowicz podaje do wiadomości, że wydane przezeń świadectwo szczepienia ospy uczniowi szkoły im. Batorego nie zostało przyjęte wobec braku podpisu lekarza. W dyskusji postanowiono odnieść

się do Ministerstwa Oświaty z powołaniem się na naszą ustawę.

2. Wobec rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w sprawie zabraniania przepisywania przez felczerów eteru siarczanego — postanowiono przesłać do Departamentu Gen. Dyr. Zdrowia odnośny memorjał w celu wydania polecenia aptekom na wydawanie powyższego środka z przepisu felczerów.

3. W wprowadzonej w życie Ustawie więziennej z dn. 14.III r. b. (Dz. Ust. № 29) pominięte są prawą felczerów, wobec czego uchwalono wysłać memorjał do Pana Ministra Sprawiedliwości w celu uregulowania tej sprawy. Na pismo Oddziału Kaliskiego wysłano odpowiednie zawiadomienie.

4. Na pismo Klubu Wioślarskiego „Syrena" przy Związku Pracowników Samorządowych o wpłacenie drugiej raty — 500 zł. na łódź „Felczer" postanowiono zwrócić się do oddziałów I i II-go o złożenie po 250 zł. dla pokrycia tej raty.

W tej sprawie kol. Wachowicz podaje do wiadomości, iż niektóre oddziały dotychczas swej składki na ten cel, w myśl uchwały zarządu nie wpłaciły, mówca zwraca się do obecnych z prośbą, aby oddziały te zawiadomić celem rychłego wpłacenia składek na łódź „Felczer" Kol. Galuba podaje do wiadomości, że koledzy szpitala św. Łazarza w tym celu specjalnie opodatkowali się.

5. Nowoopracowany statut C. Z. F. R. P. przesłano do P. Ministra Spraw Wewnętrznych do zatwierdzenia.

6. W sprawie ogłoszenia w pismach o sprzedawaniu szczepionek u felczerów, postanowiono w kwestji tej poczynić wywiad w Generalnej Dyrekcji Zdrowia.

7. Wobec tego, że mimo dwukrotnych wezwań kol. Skarbnika o nadsyłanie pieniędzy celem pokrycia kosztów numeru, w którem były wydane wszystkie protokóły — niektóre z oddziałów pieniędzy dotychczas nie nadesłały — postanowiono wysłać wezwania po raz trzeci za pośrednictwem Zarządu Głównego.

8. Poruszając sprawy administracyjne „Przeglądu" kol. Wągrowski prosi o wypowiedzenie się w tej sprawie.

Po obszernej dyskusji postanowiono: 1) rozszerzyć Komitet Redakcyjny, 2) rozszerzyć treść pisma i opracować zasady jego rozpowszechnienia, 3) do Komitetu Redakcyjnego powołać członków Zarządu Głównego.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P.—Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk